

PLAN DE CUIDADOS DEL ASMA Y MEDICACIÓN DE COLORADO PARA LOS ENTORNOS ESCOLARES Y DE CUIDADO INFANTIL*

PARA SER LLENADO, FIRMADO Y FECHADO POR LOS PADRES/TUTORES

LEGALES:

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Escuela: _____ Grado: _____
 Nombre del padre/tutor legal: _____ Teléfono: _____

Apruebo este plan de cuidados y autorizo al personal escolar a compartir esta información, seguir este plan, administrar el medicamento y cuidar a mi hijo/estudiante y, si es necesario, comunicarse con nuestro médico. Asumo la responsabilidad de proveer a la escuela/programa la medicación prescrita y no vencida y los suministros (como el espaciador), y a acatar las normas del Consejo, cuando corresponda. Estoy consciente de que **pueden a 911 si no hay un inhalador de alivio rápido en la escuela** y mi hijo/estudiante presenta síntomas.

Firma del padre/tutor legal _____

Fecha _____

**PARA SER TOTALMENTE LLENADO, FIRMADO Y FECHADO POR EL
 PROVEEDOR DE SERVICIOS MÉDICOS:**

MEDICACIÓN DE ALIVIO RÁPIDO: Albuterol Otra: _____

Efectos secundarios comunes: frecuencia cardíaca, temblores Uso del espaciador con el inhalador (inhalador dosificador o MDI)

Medicamentos de control administrados en casa: _____

FACTORES DESENCADENANTES: Condiciones meteorológicas Enfermedad Ejercicio Humo Polvo Polen Mala calidad del aire Otro: _____

Alergia potencialmente mortal, especifique: _____

ADMINISTRACIÓN DEL INHALADOR DE ALIVIO RÁPIDO: Con ayuda o autoadministrado.

- El estudiante necesita supervisión o ayuda para usar el inhalador. El estudiante no se autoadministra el inhalador.
- El estudiante entiende el uso adecuado de los medicamentos para el asma y, en mi opinión, puede **autoadministrárselos** y usar su inhalador en la escuela de forma independiente con la aprobación de la enfermería escolar y al haber completado el contrato.

SI ESTO OCURRE:

HACER ESTO:

| | | |
|---|---|---|
| ZONA VERDE: Sin tratamiento previo de los | <ul style="list-style-type: none"> • Sin síntomas actuales • Planificación de actividades extenuantes | <p>PRETRATAMIENTO PARA ACTIVIDADES EXTENUANTES, elegir UNO:</p> <p><input type="checkbox"/> No es necesario <input checked="" type="checkbox"/> El estudiante/padre lo solicita <input type="checkbox"/> Habitualmente</p> <p>Administrar el MEDICAMENTO DE ALIVIO RÁPIDO 10-15 minutos antes de la actividad: <input type="checkbox"/> 2 aplicaciones <input type="checkbox"/> 4 aplicaciones Repetirlo a las 4 horas, si corresponde, en caso de más actividad física.</p> <p><i>Si actualmente el estudiante presenta síntomas, seguir lo indicado en la ZONA AMARILLA o ROJA</i></p> |
| ZONA AMARILLA: Síntomas leves | <ul style="list-style-type: none"> • Problemas respiratorios • Respiración sibilante • Tos frecuente • Opresión torácica • Sin poder participar en actividades | <ol style="list-style-type: none"> 1. Administrar el MEDICAMENTO DE ALIVIO RÁPIDO: <input type="checkbox"/> 2 aplicaciones <input type="checkbox"/> 4 aplicaciones 2. Permanecer con el niño/estudiante y mantenerlo en postura sentada 3. READMINISTRAR EL MEDICAMENTO DE ALIVIO RÁPIDO si no mejora en 15 minutos: <input type="checkbox"/> 2 aplicaciones <input type="checkbox"/> 4 aplicaciones <p><i>Si los síntomas no mejoran, o si empeoran, seguir lo indicado en la ZONA ROJA.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 4. El niño/estudiante puede retomar las actividades normales una vez que alivien los síntomas. 5. Notificar a los padres/tutores legales y a la enfermería escolar. |
| ZONA ROJA: EMERGENCIA Síntomas graves | <ul style="list-style-type: none"> • Tos constante • Dificultad para respirar • Dificultad para hablar (solo dice de 3 a 5 palabras) • Retracción de la piel del pecho y/o cuello al respirar • Labios/uñas de las manos grises o azules | <ol style="list-style-type: none"> 1. Administrar el MEDICAMENTO DE ALIVIO RÁPIDO: <input type="checkbox"/> 2 aplicaciones <input type="checkbox"/> 4 aplicaciones <p><i>Remitirse al plan de anafilaxis si el estudiante tiene una alergia potencialmente mortal. Si no hay un plan de cuidado de anafilaxis, seguir las normas de emergencia por anafilaxis.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Llamar al 911 e informar a EMS el motivo de la llamada. 3. READMINISTRAR EL MEDICAMENTO DE ALIVIO RÁPIDO si no mejora: <input type="checkbox"/> 2 aplicaciones <input type="checkbox"/> 4 aplicaciones <p>Puede readministrarse cada 5 a 15 minutos hasta que llegue EMS.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Quedarse con el niño/estudiante Permanecer en calma y fomentar la respiración lenta y profunda. |

5. Notificar a los padres/tutores legales y a la enfermería escolar.

Firma del proveedor de servicios médicos

Nombre del proveedor en letra de imprenta

Fecha

Tiene una vigencia de 12 meses a menos que se especifique lo contrario en las normas del Distrito.

Fax

Teléfono


correo electrónico

Enfermería escolar/Firma del CCHC

Fecha

El contrato de auto administración se encuentra en
nuestros archivos Plan de
anafilaxis

En nuestros archivos, por una alergia
potencialmente mortal a:

*Incluyendo reacción de las vías respiratorias, broncoespasmo inducido por el ejercicio,  reacción de las vías respiratorias. Revisado: febrero de 2021